

問 診 票

ふりがな		男	生年月日	明・大・昭・平
氏 名		・	年	月
		女		日生
			(歳)
住 所	(〒 -)	体温 ()		
		身長 (cm) / 体重 (kg)		
電話番号	() -	保育園は行っていますか？(はい・いいえ)		

今日はどうなさいましたか。あてはまるものに記入もしくは をつけてください。

いつ頃から () ・ガンが心配

「みみ」の症状

聞こえにくい ・ 痛い ・ 耳だれ ・ つまった感じ ・ 耳なり ・ 耳あか ・ かゆい ・ ()

「はな」の症状

つまる ・ 鼻水 (黄色・透明) ・ においが弱い ・ くしゃみ ・ 鼻血 ・ 痛い ・ かゆい ・ ()

「のど」の症状

痛い ・ 飲み込みにくい ・ 声がかすれる ・ せき ・ たん ・ いびきをかく ・ ()

「くち」の症状

痛い (口の中・舌・くちびる) ・ 口が渇く ・ 腫れる ・ できものがある ・ 味が弱い ・ ()

「くび・かお」の症状

痛い (首・顔) ・ できものがある (首・顔) ・ 顔の動きが悪い ・ ()

「めまい」の症状

くるくる回る ・ ぐらぐらゆれる ・ ふわふわ浮く ・ ()

今まで下記の病気にかかったり、現在治療中の病気はありますか。 (ある ・ ない)

喘息 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 結核 ・ けいれん発作 ・ 緑内障 ・ ()

現在内服中のお薬がありますか。 (ある ・ ない)

お薬の名前 ()

お薬手帳をお持ちの方は、受付スタッフへお預けください。

今までお薬や食べ物で気分が悪くなったり、アレルギーやじんましんが出たことがありますか。(ある ・ ない)

ある方は、そのお薬、食べ物の名前を教えてください。()

タバコを吸いますか。 (吸う ・ 吸わない)

女性の方へ ・ 現在妊娠していますか。(はい・いいえ) ・ 現在授乳していますか。(はい・いいえ)

こちらのクリニックをどのようにして知りましたか。

近所 ・ ホームページ ・ クチコミサイト ・ 電話帳 ・ ご紹介(ご家族・知人 _____ 様) ・ ()